

Форма № I-ВМП

В _____
(орган исполнительной власти
_____ субъекта Российской Федерации
_____ в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

Даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения, медицинской организации)
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации
оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Сведения о ребёнке _____
(фамилия, имя, отчество)

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ удостоверяющий личность _____
(наименование, серия, номер документа)

_____ (кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой
медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

7. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (при наличии)

8. Сведения о законном представителе

_____ (фамилия, имя, отчество)

9. Дата рождения законного представителя _____

_____ (число, месяц, год)

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

_____ (наименование)

_____ (серия, номер, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

_____ (наименование)

_____ (серия, номер документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении **согласен (согласна)**

(нужное подчеркнуть) _____

_____ (подпись)

Данные указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Зарегистрированы _____

_____ (№ талона на оказание ВМП)

Принял _____

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приёма заявления)

_____ (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка – уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

_____ (№ талона на оказание ВМП)

Принял _____

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приёма заявления)

_____ (подпись специалиста)